

Secretaría de Salud

Impresión de la información contenida en el Certificado de Defunción FOLIO: 160614767 FOLIO DE CONTROL: J10007189

DEL FALLECIDO(A)		
1. NOMBRE DEL FALLECIDO (A) MIGUEL EDUARDO RIVERA CONTRERAS		
Nombre(s): Apellido paterno: Apellido materno:		
2. FECHA DE NACIMIENTO: 13/07/1981 3. SEXO:1 - HOMBRE 4. ENTIDAD DE NACIMIENTO: 00 - N.E.		
5. CURP: NO ESPECIFICADO 6. ¿HABLABA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?2 - NO 7. NACIONALIDAD: 1 - MEXICANA		
8. EDAD CUMPLIDA:CLAVE EDAD 3 - AÑOS EDAD: 36 - AÑOS Para menores de 28 días: 8.1 Folio del Certificado de Nacimiento: 00000E00000000		
8.2 Semanas de gestación: 88 9. ESTADO CONYUGAL: 1 - SOLTERO(A)		
10. RESIDENCIA HABITUAL: 10.1 Tipo de vialidad: 03- AVENIDA 10.2 Nombre de la vialidad: ARQ LUIS BARRAGAN 10.3 Núm. exterior: 330		
10.4 Núm. interior: 10.5 Tipo de asentamiento: 30 - RESIDENCIAL 10.6 Nombre del asentamiento: CAMPESTRE 10.7 Código postal: 99999		
10.8 Localidad: 0001 - SAN LUIS POTOSÍ 10.9 Municipio: 028 - SAN LUIS POTOSI 10.10 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI		
11. ESCOLARIDAD: 01 - NINGUNA 12. OCUPACIÓN HABITUAL: 02 - NO OCUPADOS		
12.1 Trabajaba: 8 - NO APLICA 13. AFILIACIÓN : 02 - IMSS 13.1 Número de afiliación: 418044004000000000		

DE LA DEFUNCIÓN		
14. SITIO DE OCURRENCIA: 11 - HOGAR 14.2 CLUES: 9997 - NO APLICA		
14.1 Unidad médica: NO APLICA		
15. DOMICILIO DONDE SUCEDIÓ LA DEFUNCIÓN: 15.1 Tipo de vialidad: 03 - AVENIDA 15.2 Nombre de la vialidad: ARQ LUIS BARRAGAN		
15.3 Núm. exterior: 330 15.4 Núm. interior: 15.5 Tipo de asentamiento: 30 - RESIDENCIAL 15.6 Nombre del asentamiento: CAMPESTRE		
15.7 Código postal: 99999 15.8 Localidad: 0001 - SAN LUIS POTOSÍ 15.9 Municipio: 028 - SAN LUIS POTOSI 15.10 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI		
15.11 Jurisdicción: 01 - SAN LUIS POTOSÍ 16. FECHA Y HORA DE DEFUNCIÓN: 20/12/2017 09:00		
17. TUVO ATENCIÓN MÉDICA: 1 - SI 18. SE LE REALIZÓ NECROPSIA: 0 - N.E.		
19. CAUSAS DE LA DEFUNCIÓN:		
Descripción		Intervalo aproximado entre el inicio de la enfermedad y la muerte
I a) NEUMONIA AGUDA PARO CARDIORESPIRATORIO		1 5 - DIAS
I b) BRONQUITIS		1 3 - DIAS
I c) GRIPE		1 5 - DIAS
I d) -		- -
II 1) -		- -
II 1) -		- -
20. CAUSA BÁSICA: J111 - INFLUENZA CON OTRAS MANIFESTACIONES RESPIRATORIAS, VIRUS NO IDENTIFICADO		
Caso rectificado: 0 Bandera de vigilancia epidemiológica: 0 Bandera de muerte materna: 0		
21. SI LA DEFUNCIÓN CORRESPONDE A UNA MUJER DE 10 A 54 AÑOS:		
21.1 Especifique si la muerte ocurrió durante: 8 - NO APLICA		
21.2 Complicaciones propias del embarazo, parto o puerperio: 8 - NO APLICA		
21.3 Complicaron el embarazo, parto o puerperio: 8 - NO APLICA		

MUERTES ACCIDENTALES O VIOLENTAS		
22. SI LA MUERTE FUE ACCIDENTAL O VIOLENTA, ESPECIFIQUE:		
22.1 Fue un presunto: 8 - NO APLICA 22.2 Ocurrió en el desempeño de su trabajo: 8 - NO APLICA 22.3 Sitio donde ocurrió la lesión: 88 - NO APLICA		
22.4 ¿Qué parentesco tenía el presunto agresor con el(la) fallecido(a): 88 - NO APLICA 22.5 La defunción fue registrada en el Ministerio Público con el acta número: NO APLICA		
22.6 Describa brevemente la situación, circunstancia o motivos en que se produjo la lesión del presunto accidente, homicidio o suicidio: NO APLICA		
22.7 Anote el domicilio dónde ocurrió la lesión del del presunto accidente, homicidio o suicidio:		
22.7.1 Tipo de vialidad: 00 - AVENIDA 22.7.2 Nombre de la vialidad: NO APLICA		
22.7.3 Núm. exterior: NO APLICA 22.7.4 Núm. interior: NO APLICA 22.7.5 Tipo de asentamiento: 00 - RESIDENCIAL		
22.7.6 Nombre del asentamiento: NO APLICA 22.7.7 Código postal: 00000		
22.7.3 Localidad: 8888 - NO APLICA 22.7.4 Municipio: 888 - NO APLICA 22.7.5 Entidad: 88 - NO APLICA		

DEL INFORMANTE		
23. NOMBRE: JOSE MANUEL RIVERA CONTRERAS		
Nombre(s): Apellido paterno: Apellido materno:		
24. PARENTESCO CON EL(LA) FALLECIDO(A): 05 - HERMANO(A)		

DEL CERTIFICANTE:		
25. CERTIFICADA POR: 1 - MEDICO TRATANTE 25.1. Especifique: NO APLICA		
26. SI EL CERTIFICANTE ES MÉDICO (Número de cédula profesional 0130024 27. ¿ESTÁ FIRMADO EL CERTIFICADO?: 1 - SI		
28. NOMBRE: JAVIER GONZALEZ HERRERA		
Nombre(s): Apellido paterno: Apellido materno:		
29. DOMICILIO Y TELÉFONO: 29.1 Tipo de vialidad: 05 - AVENIDA 29.2 Nombre de la vialidad: MONTES PIRINEOS		
29.3 Núm. exterior: 255 29.4 Núm. interior: 29.5 Tipo de asentamiento: 00 - RESIDENCIAL 29.6 Nombre del asentamiento: 00		
29.7 Código postal: 99999 29.8 Localidad: 0001 - SAN LUIS POTOSÍ 29.9 Municipio: 028 - SAN LUIS POTOSI		
29.10 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI 29.11 TELÉFONO: 1233139 30. FECHA DE CERTIFICACIÓN: 20/12/2017		

DEL REGISTRO CIVIL			
31. LA DEFUNCIÓN FUE INSCRITA EN LA OFICIALÍA O JUZGADO: Núm.: 00011 Libro: 00005 Acta: 01254			
32. LUGAR Y FECHA DEL REGISTRO:			
32.1 Localidad: 0001 - SAN LUIS POTOSÍ		32.2 Municipio: 028 - SAN LUIS POTOSI	
32.3 Entidad: 24 - SAN LUIS POTOSI		32.4 Fecha de registro: 20/12/2017	